Ueber die Paralytiker

im

Krankenhause 1. I. zu München

aus den

Jahren 1899—1903.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Lange
approb. Arzt aus Hamburg.

München 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ueber die Paralytiker

im

Krankenhause I. J. zu München

aus den

Jahren 1899—1903.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Lange
approb. Arzt aus Hamburg.

ACAD. LUDW. MAX. BIBL.

München 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Hofrat Prof. Dr. Kraepelin.

In den Jahren 1899—1903 wurden in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses l. I. zu München insgesamt 4294 Kranke aufgenommen. Unter diesen zeigten 383 Patienten, also 8,91% der Gesamtaufnahme, das Bild der Dementia paralytica oder progressiven Paralyse der Irren („Gehirnerweichung"), die sich als fortschreitende psychische Schwäche zugleich mit den Erscheinungen eines organischen Hirnleidens von progressivem Verlaufe charakterisiert.

Unter den 383 Paralytikern waren 259 Männer und 124 Weiber. Auf das männliche Geschlecht entfielen demnach 67,6%, auf das weibliche 32,4%, oder rund ausgedrückt, auf 2 paralytische Männer 1 paralytische Frau.

In den einzelnen Jahrgängen gestalteten sich die Aufnahmeverhältnisse folgendermassen:

a) Männer.

	Gesamtaufnahme	Paralysen	%
1899	407	38	9,3
1900	489	47	9,5
1901	539	50	9,2
1902	543	68	12,5
1903	683	56	8,2

b) Frauen.

	Gesamtaufnahme	Paralysen	%
1899	269	23	8,5
1900	272	17	6,2
1901	302	23	7,6
1902	360	25	6,9
1903	430	36	8,3

Die Prozentzahl war also bei den Männern im allgemeinen höher als bei den Frauen; sie stieg im Jahre 1902 um 3%, um 1903 wieder unter den Durchschnitt abzufallen. Bei den Frauen schwankte die Kurve wellenförmig auf und nieder.

Im Folgenden ist die Untersuchung der 383 Fälle von Paralyse dargestellt hinsichtlich des Alters der Patienten, der klinischen Form der Erkrankung, der Zeit vom Auftreten der ersten Krankheitszeichen bis zur Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung, der Beziehungen zur Syphilis und endlich der Konflikte mit dem Strafgesetz vor und nach dem Beginn der Krankheit. Ferner sind auch die Wechselbeziehungen dieser einzelnen Ergebnisse zu einander berücksichtigt worden.

I. Alter bei der Aufnahme.

a) Männer.

In einem Falle war das Lebensalter nicht zu ermitteln. Unter den übrigen 258 Fällen betrug:

das Durchschnittsalter 42,93 Jahre[1]) = 42 Jahre 11 Monate = rund 43 Jahre;

das höchste Alter: 64 Jahre;

das niedrigste Alter: 22,98 Jahre.

Mit Berücksichtigung der einzelnen Altersklassen, immer von fünf zu fünf Jahren gerechnet, ergab sich folgende Tabelle:

---

[1]) In jedem einzelnen Falle wurde das Alter nach Jahren, Monaten und Tagen berechnet und diese in Jahre bis zu 2 Dezimalen umgerechnet.

Alter	Anzahl	% der Gesamtzahl
20—25	1	0,38
25—30	6	2,32
30—35	23	8,91
35—40	65	25,19
40—45	62	24,03
45—50	53	20,54
50—55	27	10,46
55—60	15	5,81
60—65	6	2,32

In den Fällen von 60—65 Jahren war teils der Beginn des Leidens nicht festzustellen, teils lag er 2—3 Jahre vor der Aufnahme zurück.

Zwischen dem 30. und 50. Jahre lagen 203 Fälle, d. h. 79,67%, und zwischen dem 35. und 40. Jahre 127 Fälle, d. h. 49,22%, also fast die Hälfte aller Fälle.

Das Durchschnittsalter zu Beginn der Erkrankung betrug 41,59 Jahre = 41 Jahre 7 Monate.

b) Frauen.

In einem Fall war das Alter unbekannt. Unter den übrigen 123 Fällen betrug das Durchschnittsalter 43,24 Jahre = rund $43^1/_4$ Jahre, das höchste Alter 63,48 Jahre, das niedrigste Alter 25,71 Jahre.

Nach den einzelnen Altersklassen ergab sich:

Alter	Anzahl	% der Gesamtzahl
25—30	5	4,06
30—35	15	12,19
35—40	22	17,88
40—45	30	24,39
45—50	25	20,32
50—55	18	14,63
55—60	6	4,87
60—65	2	1,62

Zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre lagen 92 Fälle, d. h. 74,78%, und zwischen dem 40. und 50. Jahre 55 Fälle, d. h. 44,71%.

Das Durchschnittsalter zu Beginn der Erkrankung betrug 42 Jahre.

c)

Vergleicht man Männer und Frauen in Bezug auf das Lebensalter bei der Aufnahme in die Anstalt, so sieht man, dass das Durchschnittsalter (= rund 43 Jahre) gleich hoch war, dass aber das Alter von 25—35 Jahren bei den Frauen stärker belastet war als bei den Männern.

Andererseits fiel annähernd die Hälfte aller Fälle bei den Frauen auf das Jahrzehnt vom 40.—50. Jahr, bei den Männern aber auf das Jahrzehnt vom 35.—45. Jahr. Nach dem 50. Jahre war die Prozentzahl bei beiden nicht wesentlich verschieden.

Das Durchzschnittsalter bei Männern und Frauen zu Beginn des Leidens betrug 41,8 Jahre = 41 Jahre 10 Monate.

II. Klinische Form der Paralyse.

Die Krankheitsfälle wurden der klinischen Form nach eingeteilt in expansive, depressive, circuläre und demente.

Als expansiv wurden die Fälle betrachtet, in denen ausgesprochene Grössenideen, heitere Verstimmung und grössere Erregung auf psychomotorischem Gebiete vorhanden waren; diesen Fällen wurden auch die sogenannten agitierten Paralysen zugezählt.

Unter die depressive Form wurden die Fälle gerechnet, in denen deutliche hypochondrische Ideen, Angstzustände, Versündigungsvorstellungen oder Verfolgungswahn oder auch mehrere dieser Symptome zu gleicher Zeit auftraten.

Als circulär wurden die Paralysen benannt, in denen Zustände der expansiven mit solchen der depressiven Form miteinander abwechselten, aber nur dann, wenn jede Stimmungsänderung längere Zeit hindurch (z. B. einige Monate) dauerte.

Zu den dementen Formen endlich wurden solche gezählt, bei denen die Verblödung gleich von Anfang an in den Vordergrund trat und bei denen auch die etwa vorhandenen depressiven oder leicht expansiven Vorstellungen den Charakter des Schwachsinnigen und Kindischen an sich trugen.

a) Männer.

Nicht klassifiziert konnten aus irgendwelchen Gründen werden: 8 Fälle (z. B. wenn die Paralyse ganz im Beginn war, oder wenn die Patienten moribund eingeliefert wurden, oder wenn sie nur ganz kurze Zeit beobachtet werden konnten u. s. w.).

Unter den übrigen 251 Fällen gehörten an

	Anzahl	% der Gesamtsumme
der expans. Form	55	21,91
„ depress. „	58	23,1
„ circulär. „	8	3,18
„ dement. „	130	51,79

Danach machte die expansive Form unge-

fähr $^1/_5$, die depressive ungefähr $^1/_4$ aller Fälle aus. Es ist wahrscheinlich, dass die Prozentzahl der dementen Form etwas zu hoch berechnet werden musste, denn manche Fälle, in denen die Anamnese fehlte oder ungenau war und die schon im Endstadium der Paralyse angelangt waren, mussten ihrer klinischen Erscheinungsform nach hierher gezählt werden, wenn sie früher vielleicht auch das Bild einer expansiven oder depressiven Form dargeboten haben mochten.

Jenseits des Durchschnittsalters von 43 Jahren standen:

von der expans. Form: 30, d. h. 54,54% aller expans. Fälle,

von der depress. Form: 23, d. h. 39,65% aller depress. Fälle,

von der circulär. Form: 1, d. h. 12,5% aller circulär. Fälle,

von der dement. Form: 64, d. h. 49,23% aller dement. Fälle.

Daraus folgt, dass die expansive Form eher noch das höhere Lebensalter bevorzugte, dagegen die depressive Form eher das jüngere Alter. Die circuläre Form gehörte fast ganz dem jüngeren Alter an, während die demente sich ziemlich gleichmässig verteilte.

b) Frauen.

Unter den 124 Fällen zählten zur

	Anzahl	% d. Gesamtsumme
expans. Form	28	22,58
depress. „	25	20,16
circulär. „	1	0,8
dement. „	70	56,45

Danach bildete die depressive Form etwa $^1/_5$ aller Fälle, die demente mehr als die Hälfte.

Jenseits des Durchschnittsalters von $43^1/_4$ Jahren standen:

von der expans. Form: 11, d. h. 39,28% aller expans. Fälle,

von der depress. Form: 14, d. h. 56,0% aller depress. Fälle,

von der circulär. Form: 0, d. h. 0% aller circulär. Fälle,

von der dement. Form: 39, d. h. 55,71% aller dement. Fälle.

Danach gehörten die expansiven Formen zum grösseren Teile dem jüngeren Alter, die depressiven eher dem höheren Lebensalter an. Die einzige circuläre Form stand unter dem Durchschnittsalter. Die dementen Fälle konnten in mehr als der Hälfte der Fälle dem höheren Alter zugezählt werden.

c)

Vergleicht man wiederum Männer und Frauen, so findet man, dass die expansive Form bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig war, dass die depressive und die circuläre Form bei den Männern etwas zahlreicher waren.

Wesentlicher erscheint der Unterschied, dass bei den Männern die expansive Form eher dem höheren, bei den Frauen mehr dem jüngeren Alter angehörte, und dass bei der depressiven Form dieses Verhältnis gerade umgekehrt war.

III. Zeit vom Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen bis zur Aufnahme in die Anstalt.

Als erste Zeichen der Erkrankung kamen nur solche in Betracht, die schon von der Umgebung der Patienten, ohne Anwendung klinischer Methoden, bemerkt werden konnten und in der Anamnese angegeben waren. Dies waren im wesentlichen: paralytische Anfälle und ihre Residuen, ferner Schwindelanfälle und langdauernde Kopfschmerzen, oder auffallende Zerstreutheit, Gedächtnisschwäche und Urteilslosigkeit; sodann Sprachstörungen, plötzlich auftretende Grössenideen oder unmotivierte Aengstlichkeit und Selbstmordversuche, endlich grobe Taktlosigkeiten oder eine ganz ungewohnte Willensschwäche und Nachgiebigkeit. Vereinzelte Symptome, die auch anderen Krankheitsbildern angehören konnten, z. B. nur Kopfschmerzen oder nur Schwindelgefühl, wurden nicht als Frühsymptome angesehen. Sehr wichtig dagegen waren Handlungen, die die Patienten mit der Polizei in Konflikt brachten.

a) Männer.

Die Durchschnittsdauer der Zeit vom Beginn des Leidens bis zur Anstaltsbehandlung betrug, wenn man die 31 Fälle abzog, in denen diese Zeit auch nicht einmal ungefähr zu ermitteln war, in den übrigen 228 Fällen: 1,34 Jahre = rund 1 Jahr 4 Monate. Die Maximalzeit umfasste 14 Jahre; die Minimalzeit bemass sich natürlich oft nur nach

Stunden, wenn z. B. die Patienten in einem paralytischen Anfall eingeliefert worden waren und dieser zugleich den Beginn der Erkrankung darstellte.

Hinsichtlich der verschiedenen klinischen Formen zeigten sich folgende Unterschiede:

	Durchschnittsdauer der Krankheitszeit vor der Anstaltsbehandlung
expans. Form:	1,66 Jahre = rund 1 Jahr 8 Mon.
depress. „	1,26 Jahre = rund $1^1/_4$ Jahr
circul. „	0,39 Jahre = rund $4^1/_2$ Monate
dement. „	1,39 Jahre = rund 1 Jahr $4^1/_2$ Mon.

Die Zeit für die circuläre Form ist auffallend kurz; ob hier die Zahl der Fälle nicht ausreicht, um ein gültiges Resultat zu ergeben, oder ob der Stimmungswechsel bei der circulären Form sich der Umgebung des Patienten als deutlicheres Zeichen einer psychischen Erkrankung darstellte, muss dahingestellt bleiben.

Im übrigen hat es den Anschein, als ob die expansive Form ausserhalb der Anstalt noch eher ertragen wird als die depressive Form mit ihren häufigen Selbstmordversuchen.

b) Frauen.

Die Durchschnittsdauer der Zeit vom Beginn des Leidens bis zur Anstaltsbehandlung betrug nach Abzug der 16 Fälle, in denen diese Zeit unbekannt war: 1,23 Jahre = rund $1^1/_4$ Jahre. Die Maximalzeit war 7,37 Jahre.

Bei Betrachtung der verschiedenen klinischen Formen ergab sich:

	Durchschnittsdauer der Krankheitszeit vor der Anstaltsbehandlung
expans. Form:	1,26 Jahre = rund $1^1/_4$ Jahr
depress. „	1,24 Jahre = rund $1^1/_4$ Jahr
circulär. „	1 Woche
dement. „	1,23 Jahre = rund $1^1/_4$ Jahr.

Abgesehen von der circulären Form sind die Unterschiede hier bedeutungslos.

c)

Bei einem Vergleich der Männer und Frauen findet man, dass in Bezug auf die Krankheitsdauer vor der Anstaltsbehandlung keine wesentlichen Differenzen bestanden.

IV. Syphilis.

Ob ein Paralytiker einmal Syphilis überstanden hat oder nicht, wird man in weitaus den meisten Fällen nicht aus dem objektiven Befunde, sondern aus der Anamnese zu erfahren suchen müssen. So sind auch im folgenden fast nur die Ergebnisse der Anamnese, selten die der Obduktion, benutzt worden.

Als sicher wurde Lues angenommen, wenn der noch nicht sehr demente Patient selbst oder Verwandte direkte Angaben darüber gemacht hatten, was beides fast nur bei Männern vorkam, oder wenn frühere Befunde aus der syphilitischen Klinik oder bei der Sektion den Beweis erbrachten; ferner wurde bei Prostituierten Lues als sicher vorausgesetzt, ebenso natürlich, wenn Nicht-Prostituierte wegen Gewerbsunzucht bestraft wor-

den waren, denn nach Lesser erwerben Prostituierte regelmässig Syphilis gleich in der ersten Zeit ihrer Berufsausübung.

Als sehr wahrscheinlich wurde Lues gesetzt, wenn in einer Ehe auf einen oder mehrere Aborte einige Frühgeburten und dann Geburten toter oder bald nach der Geburt verstorbener Kinder gefolgt waren, oder wenn zwar keine Aborte oder Frühgeburten, aber doch eine grössere Reihe von Geburten toter oder in den ersten Wochen verstorbener Kinder eingetreten waren. Wenn aber nur ein Abort oder nur eine (oder auch zwei) Frühgeburten ausserehelich angegeben waren, so wurde dies aus naheliegenden Gründen nicht unter die Zeichen einer sehr wahrscheinlichen Syphilis gerechnet, ebensowenig, wenn ohne voraufgegangene Aborte oder Frühgeburten ein oder zwei Kinder ganz klein gestorben waren.

Dass in den Fällen, wo keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Lues vorlagen, doch der Verdacht auf eine solche bestehen bleibt, versteht sich von selbst.

a) Männer.

Unter den 259 Fällen fand sich: sichere Lues bei 55 Fällen, d. h. 21,23% der Gesamtzahl, sehr wahrscheinl. Lues bei 59 Fällen, d. h. 22,77%, keine Anhaltspunkte bei 145 Fällen, d. h. 56%.

Rechnet man die Fälle mit sicherer und wahrscheinlicher Lues zusammen, so würde sich Lues in 44% der Fälle ergeben.

Ferner könnte man vielleicht noch folgende

Erwägungen in Betracht ziehen: Die Anamnese ist bei Verheirateten meist erheblich genauer und zuverlässiger als bei Ledigen.

Unter den 259 Paralytikern waren:

	Anzahl	% der Gesamtzahl
verheiratet	193	74,51
ledig, geschieden, verwitwet oder verlobt	66	25,49

Unter den Verheirateten waren sicher oder wahrscheinlich luetisch gewesen: 90 Fälle, d. h. 46,63% aller Verheirateten.

Unter den Ledigen etc. waren als sicher oder wahrscheinlich luetisch anzusehen: 24 Fälle, d. h. nur 36,36% aller Ledigen etc.

Wenn man also bei der besseren Anamnese der Verheirateten 46,63% luetisch fand, und diesen Prozentsatz auf die Gesamtzahl übertragen würde, so erhielte man einen noch etwas höheren Prozentsatz an luetisch Inficierten, als die oben angegebenen 44%.

b) Frauen.

Unter den 124 Fällen fand sich: sichere Lues bei 16 Fällen, d. h. 12,9% aller Fälle, sehr wahrscheinlich. Lues bei 49 Fällen, d. h. 39,51%, keine Anhaltspunkte bei 59 Fällen, d. h. 47,59%.

Rechnet man die Fälle mit sicherer und wahrscheinlicher Lues zusammen, so würde sich in 52,41% aller Fälle Lues ergeben.

Unter den 124 Patientinnen waren:

	Anzahl	% der Gesamtzahl
verheiratet, geschieden oder verwitwet[1])	94	75,81
ledig	30	24,19

Sicher oder sehr wahrscheinlich luetisch waren 51, d. h. 54,25% aller Verheirateten, Geschiedenen oder Verwitweten, und 14, d. h. 46,66% aller Ledigen.

Der Prozentsatz der Verheirateten etc. würde demnach auch hier, auf die Gesamtzahl angewendet, eine noch etwas höhere Zahl Inficierter ergeben, nämlich 54,25%.

c)

Vergleicht man Männer und Frauen, so ergibt sich, dass sichere Lues bei den Männern häufiger war (21,23 gegen 12,9% bei den Frauen), dass aber die wahrscheinliche Lues erheblich häufiger bei den Frauen war, weil hier eben durch die Aborte und Frühgeburten etc. bessere Anhaltspunkte vorliegen (39,5 gegen 22,77% bei den Männern). Die Gesamtzahl des Prozentsatzes lueti-

[1]) Im Gegensatz zu den Männern muss man hier die Geschiedenen und Verwitweten in die Rubrik der Verheirateten einordnen, weil bei Frauen hier die Anamnese genauer ist; Aborte und Frühgeburten sind den Frauen selbst oder ihren Verwandten und Bekannten besser bekannt oder erinnerlich als dies z. B. bei den Bekannten eines geschiedenen Mannes der Fall wäre.

scher Frauen ist infolgedessen auch höher als bei den Männern.

V. Konflikt mit dem Strafgesetz.

Wichtig ist bei Paralytikern, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, die Frage, ob dies vor oder nach dem Beginn der Erkrankung geschehen ist und ob sie im letzteren Falle wirklich bestraft worden sind.

Im Folgenden sind alle die ziemlich zahlreichen Fälle ausgeschaltet, in denen irgend ein kleinerer Konflikt mit der öffentlichen Ordnung, wie z. B. Ruhestörung oder dergl., die bereits Erkrankten auf die Polizeiwache führte, und bei denen dann dort die psychische Erkrankung festgestellt oder vermutet und die Ueberführung in ein Krankenhaus veranlasst wurde.

Wenn Patienten vor dem Beginn ihres Leidens bestraft waren, während der Krankheit aber nicht, so hat dieser Umstand geringeres medizinisches Interesse und ist eben nur ein Ausdruck dafür, dass auch Verbrecher einmal paralytisch werden können.

Von grösserer Bedeutung ist es natürlich, wenn Patienten vor und nach der Erkrankung bestraft worden sind. Denn erstens muss sich dem Richter wegen der Vorbestrafung naturgemäss ein gewisses Vorurteil zu Ungunsten des Angeklagten aufdrängen, das den Verdacht auf eine psychische Erkrankung gar nicht aufkommen lässt oder unterdrückt, und zweitens hat es ärztliches Interesse zu sehen, ob dort, wo einmal der Hang zum Ver-

brechen vorhanden war, dieser nach der Erkrankung durch den Fortfall von Hemmungen noch gesteigert wird.

Allergrösste praktische Bedeutung kommt aber solchen Fällen zu, in denen keine Vorbestrafung vorlag und wo ein erstes Verbrechen nach Beginn des Leidens zu einer wirklichen Abbüssung von Strafen führte. Hier könnte mit einer Erkennung der Tatsachen auch eine Prophylaxe einsetzen.

Die Untersuchung unserer 383 Fälle unter diesen Gesichtspunkten gestaltete sich folgendermassen:

a) Männer.

Unter den 259 Patienten waren vorbestraft, aber nicht bestraft nach der Erkrankung: 16 Fälle, d. h. 6,17%. Unter diesen 16 Fällen entfielen auf die

expans.	Form:	5
depress.	„	1
circulär.	„	1
dement.	„	8
Nicht klassificiert		1.

Vorbestraft und nach der Erkrankung bestraft waren: 2 Fälle, d. h. 0,77%.

Von diesen gehörte 1 Fall der expansiven und 1 Fall der depressiven Form an; es waren also Fälle, wo neben der Demenz noch stärkere Affekte wirksam waren.

Die Bestrafung erfolgte in dem einen Falle (expans.) vor der Erkrankung 13 mal wegen Körperverletzung, Unterschlagung, Beleidigung oder

groben Unfugs. Einige dieser Vergehen mögen aber auch schon in die Krankheitszeit hineinfallen. Sicher trifft dies zu bei einer Bestrafung wegen Zechprellereien mit $4^1/_2$ Monaten Gefängnis.

In dem anderen (depress.) Falle lag Vorbestrafung wegen Vergehens gegen die persönliche Freiheit vor; nach der Erkrankung erfolgte ein Sittlichkeitsdelikt gegen 2 kleine Mädchen, das mit 8 Monaten Gefängnis bestraft wurde.

Nicht vorbestraft, aber nach dem Beginn des Leidens bestraft war unter den Männern kein Fall.

b) Frauen.

Unter den 124 Patientinnen waren vorbestraft, aber nicht bestraft nach der Erkrankung: 3 Fälle d. h. 2,41%.

Darunter waren:

expansiv	1
dement	2.

Vorbestraft und nach der Erkrankung bestraft waren: 2 Fälle d. h. 1,61%.

In dem einen (dementen) Falle, der eine 43jährige Prostituierte betraf, war die Vorbestrafung erfolgt wegen zahlreicher Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften der Sittenpolizei. Aehnliche Vergehen hatten nach der Erkrankung zu einer Haft von im ganzen 12 Tagen geführt.

In dem andern (expansiven) Fall einer 35jährigen Ehefrau, die 23 mal wegen Diebstahl, gewerbsmässiger Unzucht, Landstreicherei, Kuppelei oder Betrug mit Haft oder Gefängnis bestraft gewesen

war, erfolgte eine Bestrafung mit 3 Tagen Haft wegen gewerbsmässiger Unzucht noch, nachdem die Patientin schon im Krankenhause gewesen und wieder entlassen war (ungeheilt natürlich).

Gleichwohl erscheinen diese beiden Fälle von nicht sehr hervorragender Bedeutung.

Wichtiger ist ein anderer, expansiver Fall, in dem keine Vorbestrafung zu verzeichnen war, in dem aber nach dem Beginn des Leidens eine Verurteilung wegen mehrerer Diebstähle zu 16 Monaten Gefängnis erfolgte. Es handelte sich um eine 43 jährige Ehefrau, deren erster Mann in der Irrenanstalt gestorben war (Paralyse?).

c)

Aus den obigen Zahlen ergibt sich, dass eine Bestrafung innerhalb der Krankheitszeit bei der Paralyse ziemlich selten war, bei den Männern in 0,77%, bei den Frauen in 2,4% der Fälle. Von den letzteren fallen 2 Fälle (mit 1,61%) nicht schwer ins Gewicht.

Bemerkenswert, aber leicht erklärlich ist es, dass unter den 2 bestraften männlichen Patienten 1 expansiver Fall und unter den 3 bestraften weiblichen Patienten 2 expansive Fälle waren.

Rechnet man nur die beiden männlichen Fälle und den zuletzt angegebenen der weiblichen Fälle, so erhielte man das Ergebnis, dass unter den 383 Fällen im ganzen eine erheblichere Bestrafung während der Krankheitszeit in 3 Fällen, d. h. in 0,78% aller Fälle, stattgefunden hatte. In 2 von diesen Fällen konnte das Urteil durch die Vorbestrafung beeinflusst sein. In einem ein-

zigen Falle, d. h. in 0,26%, wurde eine Kranke bestraft, die zum ersten Male mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten war.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Privatdozenten Dr. Gudden für die Ueberlassung des Themas und des Materiales, sowie Herrn Prof. Dr. Kraepelin für die Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 28. April 1875 in Hamburg geboren; dort besuchte ich von Michaelis 1884 bis Mai 1892 das Wilhelm-Gymnasium, das ich (aus der Ober-Secunda) verliess, um Bildhauer zu werden.

Von Mai 1892 bis Ostern 1894 war ich, als Bildhauer, Schüler der Kunstgewerbeschule in Hamburg, um mich für die Akademie vorzubereiten. Von Ostern 1894 bis zu Beginn des Jahres 1897 war ich Studierender der Hochschule für die bildenden Künste zu Berlin, zuerst als Bildhauer, später als Maler; dort erhielt ich 1896 den Preis für Aktzeichnen.

Das Jahr 1897 verlebte ich in Hamburg, schon mit dem Entschluss, aus Interesse für philosophische und naturwissenschaftliche Studien den Beruf als Künstler aufzugeben.

Ostern 1898 bezog ich wiederum das Wilhelm-Gymnasium in Hamburg, um dort nach einjährigem Besuch der Ober-Prima Ostern 1899 das Abiturienten-Examen zu bestehen.

Seitdem habe ich mich dem Studium der Medizin gewidmet, und zwar zunächst 6 Semester, von Ostern 1899 bis Ostern 1902 in München, dann 2 Semester bis Ostern 1903 in Berlin und endlich das letzte Semester in München. Im Juli 1901 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im März 1904 die ärztliche Prüfung in München. Meine Approbation als Arzt erhielt ich im April 1904.

Wilhelm Lange.